

提 言 書

2004年1月26日

社会保障審議会介護保険部会委員

NPO 法人湘南ふくしネットワークオンブズマン

理事 小川 泰子

社会保障審議会介護保険部会も論点整理が多少進み、利用者主体に制度のあり方、サービス提供のあり方を現場にある実態を把握し議論する段階にきました。

さらには厚生労働省内に介護保険制度改革本部が設置され、法制度改正の検討も本格的に各論の事務局作業が始まるものと思います。

この制度が決して国民に約束したことを裏切ることがないように、また期待されていることに出来る限り応えられる保険制度になるように委員としてさらに積極的に取り組みたいと考えます。本日ここに4つの論点で提言いたします。

1. 介護支援専門員に関する提言

本日第8回委員会に、以前よりお約束していました神奈川県でのケアマネジャーの実態調査報告書を手に入れましたので配布提示いたします。さらに、東京都が行った同様のアンケート調査結果も入手いたしました。この2つの調査から大都市首都圏の介護支援専門員の現状と課題及び利用者のサービス利用実態が見えてきます。そこで以下の7つを提言します。

- (1) 基準担当件数は40人程度とすること。
- (2) 居宅介護支援費は1ヶ月あたり1500単位以上とし、事業として自立できる条件整備をはかる。
- (3) 居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員の資格者を有すること。
- (4) 運営基準の見直しを行い、業務範囲を明確化、事務作業の効率化をはかる。
- (5) 介護支援専門員を国家資格とし、その専門性を確立し職種として社会的位置づけを高める。
- (6) また、居宅介護支援費を介護保険を財源とすることで市場の競争原理が働いているが、公平・中立を担保することが求められているこのサービスが倫理観をもって利用者本位のケアマネジメントをするには、財源が保険料でいいのか議論する。
- (7) 減算する消極的評価で業務管理するのではなく、ポジティブ評価することで介護支援専門員のモチベーションを高める。

2. 「施設」から「住まい」としての機能整備をはかる。

3種類の施設サービスの機能を見直すと同時に、「住まい」の視点から特別養護老人ホーム及び養護老人ホーム等のあり方を見直しその機能、役割を明確にすること。さらに、コストの高い「施設建設」を整備することを控え、すでに地域にある社会資源の活用をはかれるように支援策をつくる。

3. 保険者である市町村への権限委譲を積極的に行う。

介護保険は利用者本位に機能することが基本であり、それゆえ権利擁護の実現と本人の決定権を守ることは当然です。それゆえ全国一律では無駄や無理が生じます。それぞれの保険者である市町村の実態に合わせた制度運用でなければ、利用者本位は難しくなります。この制度は地方分権推進と成年後見制度と同時に運用されなければ、介護保険の基本理念の実現は図れません。保険者の権限を拡大し、地域性を尊重し、利用者のための保険として機能することを強く求めます。

4. 財源問題の対策は、サービス切り捨てではなく福祉システム全体の見直しから財源確保の検討を。

介護保険の財源問題は当委員会でも常に問題にされ、その解決は対象利用者切り捨て、サービスメニューの縮小の方向にあることに危機感を感じます。日本の福祉が措置から契約に変わったことは、単に介護保険内だけの問題ではなく、福祉施策つまり福祉構造全体を見直すことが必須です。

そこで、この間作ってきた国、都道府県、市町村町にある福祉システムに無駄や機能不全になっている組織はないか全面的に検証することを求めます。

例えば、社会福祉協議会、福祉公社等。これまで果たしてきた役割と現状そして将来にむけての展望はあるのか、その必要性、あり方の協議は避けられません。

介護保険財源だけの配分をいくら検討してもこの保険が目指すものは実現できないのではないかと考えます。

以上

痴呆の人の介護をしている家族から 介護保険給付（サービスメニュー）への意見

平成16年1月26日

社会保障審議会介護保険部会委員

（社）呆け老人をかかえる家族の会 永島光枝

痴呆の介護は、その症状と障害の性質上、痴呆の人の判断や記憶をサポートし、常に本人が「安心」の状態を保つための介護であり、身体介護のように、必要な時にスポット的に行う介護とは全く質の違う介護が必要です。

又、家族の存在は、在宅か施設かにかかわらず本人の不安感を払拭するため、大きな意味があります。本人を支えることと、介護の大変さが相容れるには、ゆとりを持って本人と接することができるようなケアシステムが介護保険の中にもっと沢山作られ、本人の望む「なじみの場所で暮らし続けたい」気持ちに応えることが大切です。

「呆け老人をかかえる家族の会」はそれらについて今まで数々の調査にもとづく制度改善への要望を行い、かつ、自らのニーズに応える痴呆専用デイサービス施設、介護保険に先行した24時間在宅介護実態調査、痴呆介護電話相談など、先進的事業を行ってきました。

ここにおいて、高齢社会における要介護高齢者のケアについては、痴呆ケアを中心視点にするという変換へ模索を迫られている現状を踏まえ、あらゆる介護保険サービスについての見直しをすべきと考えています。

以下の給付内容の改善について、要望・意見を述べます。

※は特に強調したい意見です

【在宅介護】

※① 痴呆の理解・啓蒙について介護予防も含む一般社会への働きかけ、早期に情報を取り、家族が適切な早期対応ができる支援方法として電話相談の実施、および電話相談事業への支援。

※② 数時間にわたる見守り支援のサービスメニュー「見守りの介護」が必要です。
・ 例えば、家人が職業で夜まで不在の時や、デイサービスが使えない事情の時、本人がデイサービスから帰宅後に長時間日中独居になってしまう時などに、見守りのホームヘルプがあればよい。現在、保険外の事業として行われている「やすらぎ支援」のような事業を介護保険のサービスに入れてほしい。

【ショートステイ・グループホーム】

※③ 緊急時に対応できる介護保険サービスの確保

- ・ 現在のショートステイは1～3ヶ月前にケアプランに組み込まれている現状です。

家族介護者の急病や急用など、緊急時に対応できていません。

緊急時利用枠を新たに作るなど、きめ細かい対応が必要です。このような緊急時の対応が出来ないことが原因で、往々にして在宅介護が限界となりがちです。

- ・ これに関連して、グループホーム利用者が入院した場合の、空き部屋の活用を含め、グループホームでショートステイが利用できるよう、また、入院者は退院時に再入所できる期間を保障できるように制度を工夫する。

④ 「家族介護でない在宅介護」を推進する。

- ・ グループホームや小規模・多機能のケアなど、地域に密着した在宅の居場所を沢山作ることを積極的にすすめ、各中学校区に一つ程度を目安に、全国1万カ所を実現する。

※⑤ グループホームに家族などが第二の我が家のように出入りでき、家族もグループホームで共通の顔なじみのメンバーとなれるような、(たとえば家族の泊まりや介護参加ができるような) 制度と職員の理解と研修を進める。これによって、本人の気持ちの安定と家族の安心が共に得られ、「共に地域で暮らす」ことが出来る。

※⑥ 終末介護を行う施設・グループホームなどへの加算を検討する。

又、グループホーム利用者が、介護保険の訪問看護を利用できるようにする。

⑦ グループホームの家賃について、一定の基準(考え方)を示すことが必要ではないか。

⑧ 医療度の高い人や疥癬の患者へ「医療用ショートステイ」の整備

- ・ 痴呆の人が病気で入院する時の対応整備を緊急に行う。
- ・ 医療現場(療養型病床群などを含む)の医療、看護などの専門職種に対応する痴呆と疾病についての研修の必要性について検討を始める。

【施設介護】

- ⑨ 痴呆の人が入院した場合、対応が困難との理由で退院を余儀なくされている現状がある。必要な期間、入院を継続できるように、入院時の痴呆の人の付き添いを、介護保険利用によるヘルパーサービスとして利用できるように制度を検討すること。
- ⑩ 老人保健施設ショートステイ時の送迎を介護保険でつける。
- ⑪ 施設で使用されている食器・箸・スプーンなどの品質やデザインの見直し。
- ⑫ 施設利用時の施設備品のメニューの整備(エアーマット、車椅子クッション、高機能車椅子)

【追 補】

第6回11月社会保障審議会介護保険部会発言補（永島）再掲

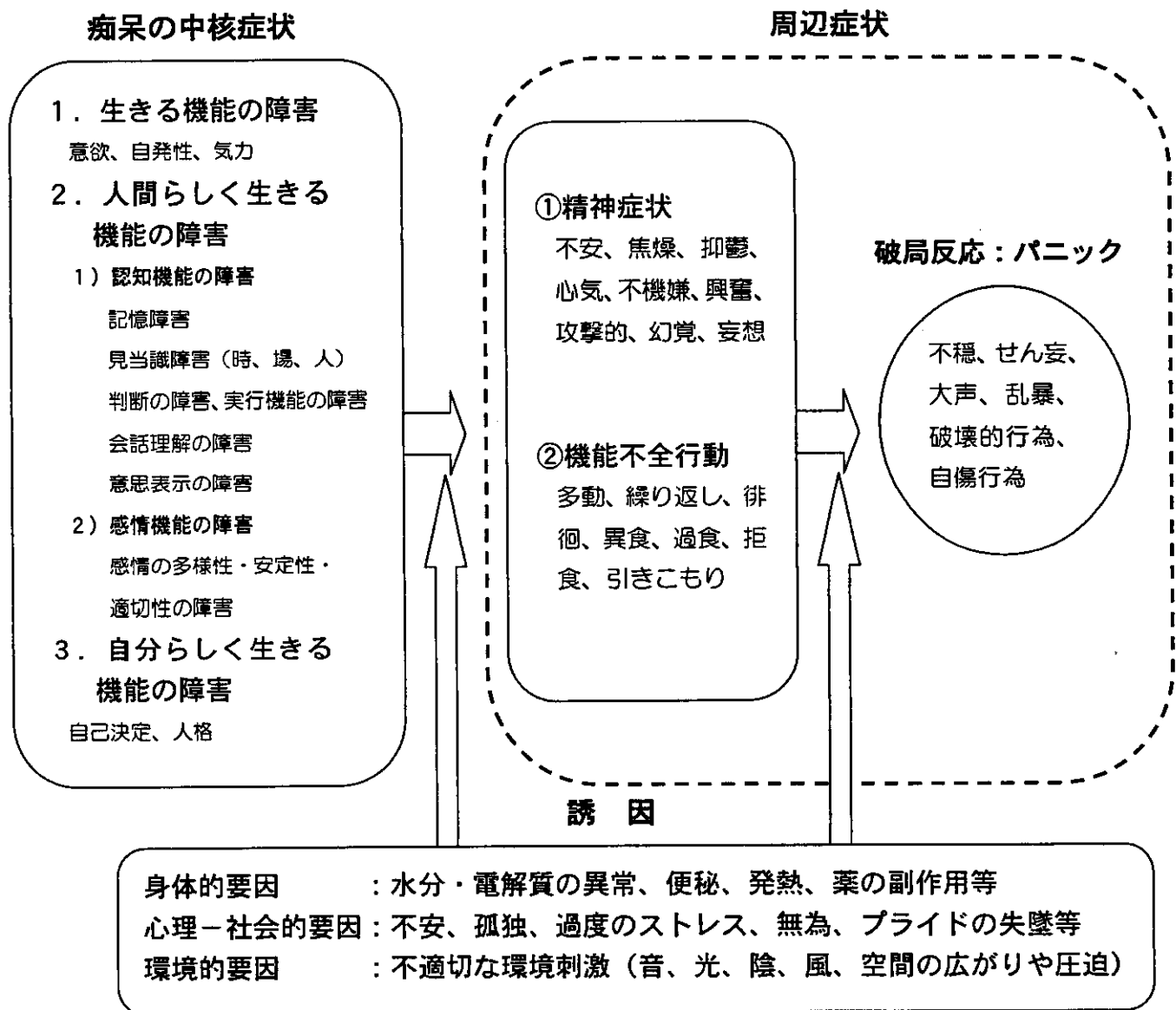
- ・ 痴呆性高齢者について要支援または介護予防の段階において何らかの効果的支援が必要です。その段階には在宅での家族支援も啓蒙、教育、情報提供が必要。家族の会などの活用、組織作り及びその支援。
- ・ 前述に関連して、一般地域住民への痴呆理解の促進に取り組むため、市町村保健センターに積極的な役割を果たせる仕組みを考えるべき。(介護保険以後、保健センターとの距離が遠くなっているかに感じる。)

今の介護保険制度は「施設介護」と「在宅介護」に二分されているが、これからの方向として、施設も在宅も行き来しながら、本人の状態に合わせた一番良い条件のところまで「暮らす」という考え方になるべきだと思います。

家族の立場からも、「脱施設」「家族介護でない在宅介護」「住んでいた地域で暮らす老後」という方向に進んでいくことを希望しています。

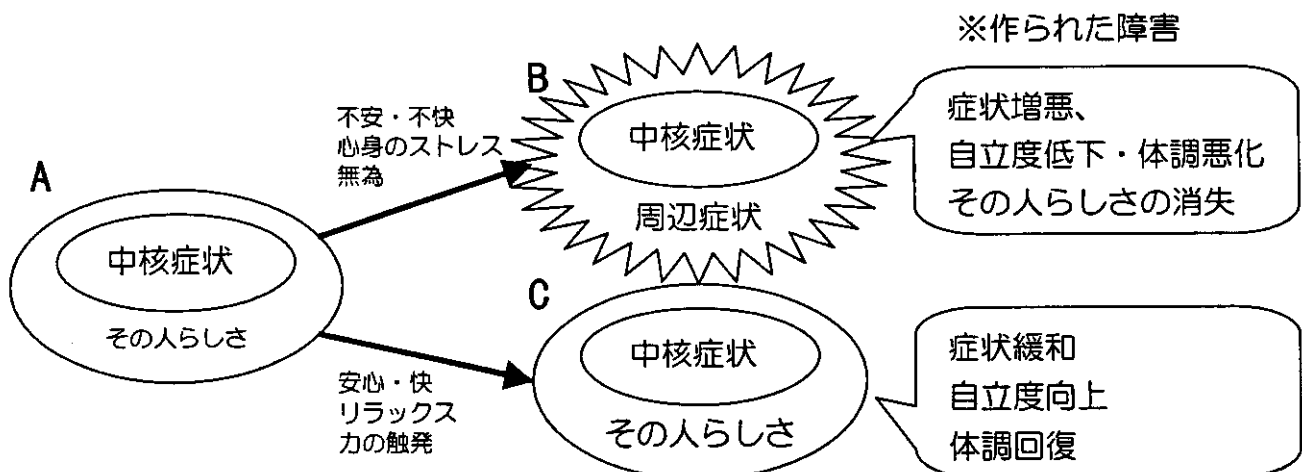
以上

痴呆の中核症状と周辺症状 ～増悪をまねく多様な要因の関与～



「痴呆バリア・フリー百科」より一部改編

痴呆の人の状態の移ろいやすさ



「高齢者の尊厳を支える介護」より一部改編

アルツハイマー病の段階別にみた痴呆の特徴と痴呆の人自身が語る説明

- 下表は、正常な人の視点から記述された段階別アルツハイマー病の特徴と、それらの特徴について、アルツハイマー病患者自らの視点からみると、実際どのように感じているのかを説明した記述の要約である。

<第一段階 - 軽度>

正常な人の視点からみたアルツハイマー病者の特徴 (豪ニューサウスウェールズ州アルツハイマー病協会の『手引き』より)	痴呆の人自身の視点からみた説明 (クリスティーン・ポードンさん他)
○ 無関心、生気がなくなる	○ これは、私たちがまわりのすべてのことについて行けなくなるからで、何が起きているのかを理解できず、何かばかなことを言ったり、したりするのではないかと心配しているためなのだ。
○ 趣味や活動に興味がなくなる	○ これは、すぐに疲れてしまうようになるからで、今までなら簡単にやっていたことをするのに、これまでより一層懸命に脳を働かさねばならなくなるからだ。
○ 新しいことをしたがらない	○ 何か新しいことを学ぶのはとても難しく、やり方を教えてくれる人に何回も繰り返してもらわなければならないので、その人を煩わせてしまうだろうと思うからだ。
○ 変化についていけない	○ 物事の古いやり方は、残存する脳の中で記憶にしっかり定着しているのに、新しく学んだものは次々と忘れられてしまうために、とても混乱しやすくなっている。
○ 決断したり、計画することができなくなる	○ 一つの決断をするためには、心の中にたくさんの考えを同時に保ち、それらを検索し、決定するということが必要だ。ところが、私たちには考えを記憶しておく場所が少なくなっているため、これが簡単にはできないのだ。
○ 複雑な考えを理解するには時間がかかる	○ 決断する時と同じように、私たちは記憶する能力がなくなっているため、複雑な考えを取り入れ、正しく理解することができない。
○ よく知っているものを求め、見知らぬものを避ける	○ 新しい仕事はどんなものであれ多くの努力を要するので、精神的にすぐに疲れてしまう。そして何か新しいことを試みるように頼まれると、わからなくなったり、失敗するのではないかと心配する。

<第二段階 - 中度>

正常な人の視点からみた アルツハイマー病者の特徴 (豪ニューサウスウェールズ州アルツ ハイマー病協会の『手引き』より)	痴呆の人自身の視点からみた説明 (クリスティーン・ボーデンさん他)
○ 仕事には援助と監督が必要	○ 私たちはすぐに混乱してしまい、今までよく知っていたものでも、思い出せないことがしばしばある。
○ 最近の出来事をととても忘れやすい……遠い過去の記憶は概してよいが、細かい点は忘れられたり、混乱したりするかもしれない	○ 新しい記憶を覚えておくことは難しいが、古い記憶はまだかなり残っており、自分のまわりのさまざまなことをきっかけにして、過去の記憶を生活に呼び起こすことができる。こういう過去のことを話す方が、現在のことを話すよりずっと楽で、現在、起きていることを理解するのはとても難しい。
○ 時と場所、一日のうちの時間について混乱する……夜に買い物に出かけるかもしれない	○ 私は、今日が何年、何月、何曜日かを思い出すために、一日に何回も日記を見る。以前は、自分の考えの背景となっているようなことはすぐに理解できたものだった。しかも、すべて自動的にわかっていたことだった。今では、日常の記憶を保っておく場所がなくなっていて、これらを心に留めておくにはとても努力がいる。
○ よく知らない環境では、すぐに途方にくれてしまう	○ よく知らない場所では私はうろたえてしまっ、うまく対処できない。自分がどの道から来たのかというような、自分のいる場所についての見当識をもつためには、一連の出来事を覚えていなければならないからだ。それに、どうしたものか前に進んでいる時と、振り返って見る時とでは、すべてがひどく違って見える。

クリスティーン・ボーデン著

「私は誰になっていくの? -アルツハイマー病者からみた世界-」より引用

※ クリスティーン・ボーデン (クリスティーン・ブライデン) 氏

1995年に46歳でアルツハイマー病の診断を受け、翌年、首相・内閣府第一次官補を最後にオーストラリア政府を退職。診断前後の自らの経験をまとめて、1998年に「Who will be when I die? (私は誰になっていくの?)」を出版する。1998年に再婚、クリスティーン・ブライデンとなる。

現在、国際痴呆症支援ネットワーク、オーストラリアアルツハイマー病国家プログラム運営委員会のメンバーとして活躍。

第8回介護保険部会提出資料

介護保険制度に係る給付のあり方について

社会保障審議会介護保険部会委員
日本経団連 専務理事 矢野 弘典

<基本的な考え方>

基本方針2003に示された「将来的にも潜在的国民負担率を50%程度にする」との考え方のもと、限られた財源を有効に活用していくには、医療保険制度との連携を推進するとともに、介護給付のあり方・財源のあり方を抜本的に見直し、医療から介護へ、施設介護から在宅介護へ重点を移していく必要がある。また、逼迫した介護保険財政を踏まえると、限られた財源を真に給付が必要な高齢者に重点化していく必要がある。

利用者の自己負担割合については、その水準を見直すべきである。

<在宅サービスについて>

- 介護予防については、より効果・効率を上げるため、本人の自助努力を支援する仕組みとする必要がある。その際には、検証を踏まえて、介護予防・地域支え合い事業など、地域の特性に合わせた行政やNPOのサービスを活用していくことが重要である。
- 個々のサービスに対する介護報酬単価はナショナルミニマムとして必要最小限に抑えるべきである。あわせて、各事業者が提供する付加価値に対する対価徴収の自由度を高め、事業者の創意工夫による多様なサービスの提供を可能とし、利用者の自己負担による選択の幅の拡大を目指していくべきである。
- ケアプランの作成にあたっては、利用者の自立支援に役立つような内容に重点化すべきである。

<施設サービスについて>

- 特別養護老人ホームへの新規の入所者については、特定施設やグループホームを含む在宅サービスの整備状況を踏まえて、現行の要介護1以上という基準を引き上げる必要がある。

- 3施設については、それぞれの機能に応じた分担ができるようにし、また、介護療養型については、医療保険で提供される医療サービスとの間で役割を明確にすべきである。さらに、いわゆる社会的入院の是正については、介護保険制度の創設により、改善がどの程度すすんだのかを検証し、導入当初の目的が達成されるような方向での見直しを行うべきである。
- 在宅サービスとの不公平是正や給付の効率化を図るために、施設入所に伴う、食費や家賃・光熱水費など居住費については、原則、自己負担とすべきである。
- 特区以外でも、施設介護サービスへの民間事業者の参入促進を図るべきである。

<痴呆性高齢者グループホームおよび特定施設について>

- グループホームおよび特定施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム)には、住所地特例を認めるべきである。

<その他>

- 市町村の事業として行われている配食サービスおよび外出介助サービスについて、介護保険の対象とすることについては慎重な対応が求められる。

以上

介護保険部会委員名簿

- 青井 禮子 日本医師会常任理事
市川 明壽 日本在宅介護協会専務理事
○ 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会顧問
漆原 彰 全国老人保健施設協会会長・日本療養病床協会副会長
大村 敦志 東京大学法学部教授
小川 泰子 NPO 法人湘南ふくしネットワークオンブズマン理事
◎ 貝塚 啓明 中央大学法学部教授
喜多 洋三 全国市長会介護対策特別委員会委員長（大阪府守口市長）
木村 隆次 全国介護支援専門員連絡協議会会長
京極 高宣 日本社会事業大学学長
見坊 和雄 全国老人クラブ連合会副会長
潮谷 義子 熊本県知事
下村 健 健康保険組合連合会副会長
田近 栄治 一橋大学大学院教授・経済学研究科長
永島 光枝 呆け老人を抱える家族の会理事
中田 清 全国老人福祉施設協議会副会長
秦 洋一 日本医学ジャーナリスト協会副会長
花井 圭子 日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局次長
矢野 弘典 日本経済団体連合会専務理事
山崎 摩耶 日本看護協会常任理事
山本 文男 全国町村会会長（福岡県添田町長）

◎部会長 ○部会長代理

（敬称略、50音順）

（H16.1.26 現在）